基于扎根理论的家庭医生签约服务效果影响机制分析

孟文奇柳松艺姜晓利彭海波李子鑫于倩倩尹文强孙葵陈钟鸣郭洪伟

基金项目：国家自然科学基金（71804130）

261053 山东省潍坊市潍坊医学院管理学院

*通信作者：于倩倩，教授；Email：yqq_7921@163.com

【摘要】 目的 对家庭医生签约服务效果的影响机制进行分析。**方法** 运用扎根理论的研究方法，基于个人深度访谈，经过三级编码对家庭医生签约服务效果及影响机制进行系统研究。**结果** 构建了家庭医生签约服务效果影响机制的理论模型，主要包括家庭医生签约服务相关政策执行偏差、基层卫生服务能力以及居民特征三条脉络。**结论** 在家庭医生签约服务相关政策执行偏差的影响下，家庭医生工作积极性差；基层卫生服务能力仍然较低，居民对基层卫生服务能力仍不信任，导致家庭医生签约服务政策实施效果有限。因此要优化家庭医生签约服务相关政策执行路径，提高家庭医生医疗卫生服务能力，提升居民健康素养水平。

【关键词】 家庭医生签约服务；扎根理论；影响机制

Analysis of the effect mechanism of family doctor contracted service based on grounded theory

Meng Wenqi, LiuSongyi，Jiang XiaoLi，Peng HaiBo，Li Zixin, Yu Qianqian，Yin Wenqiang，Sun Kui， Chen Zhongming，Guo Hongwei

School of Management, Weifang Medical University, Weifang 261053, China

Corresponding author：Yu Qianqian，Email：yqq_7921@163.com

【Abstract】 Objective To analyze the influence mechanism of the effect of familydoctor contracted service. **Methods** Based on the Personal in-depth interview, the effect of family doctor contracted service and its influencing mechanism were systematically studied by using the grounded theory. **Results** The theoretical model of influencing mechanism of the effect of family doctor contracted service was formed, which mainly included the deviation of the implementation of family doctor contracted service policy, the ability of grassroots health service and the characteristics of residents. **Conclusion** Under the influence of deviations in the implementation of relevant policies of family doctor contracted service, family doctors have poor work enthusiasm; The capacity of grassroots health services is still low, and residents still distrust the capacity of grassroots health services, leading to the limited effect of the implementation of the family doctor contracted service policy. Therefore, it is necessary to optimize the implementation path of policies related to the contracted service of family doctors, improve the medical and health service ability of family doctors, and improve the health literacy level of residents.

【Key words】 Family doctor contracted service;The grounded theory; Influence mechanism;

家庭医生签约服务是满足居民基本医疗服务需求、形成有序就医格局的重要举措，也是我国深化医药卫生体制改革的重要任务之一[1]。但家庭医生签约服务推行中“签而不知”“签而不约”等问题突出，服务效果难以保证[2]。服务效果不佳不仅直接影响签约居民的获得感，也阻碍分级诊疗措施的推进，不利于有序就医格局的形成。既往家庭医生签约服务效果影响研究多以定量研究来探讨影响因素，聚焦于需方视角，缺乏家庭医生签约服务相关主体的综合探讨。因此，本研究以山东省为例，通过访谈家庭医生、居民以及机构管理者，运用扎根理论研究方法，构建家庭医生签约服务效果影响机制模型，为家庭医生签约服务优化提供依据。

1 对象与方法

1.1 资料来源

于 2021 年 9 月按照目的抽样的方法确定研究对象，基于信息饱和的原则确定样本数量，综合考虑地域分布、经济发展水平和签约服务实施情况选取山东省的潍坊、菏泽、济南地区三市的家庭医生 24 名，签约居民 25 名，机构管理者 8 名。家庭医生纳入标准：有医师执业资格；工作 3 年以上。机构管理者纳入标准：现任职务为护士长、全科医疗科科长、护理部主任(副主任)、院长(副院长)等职务；任现职时间 3 年以上；工作与家庭医生服务相关。居民纳入标准：签约半年以上年龄大于 18 岁；能自由交谈。在访谈进行前，向访谈对象说明本次访谈的目的和主要内容，在征得被访问者同意的前提下，对访谈过程进行录音。访谈对象基本信息如下：

家庭医生平均年龄为 38.6±5.9 岁；学历情况为本科及以上 11 人(45.8%)，专科 12 人(50%)，中专 1 人(4.2%)；其中男女各 12 人（50%）;

管理者 8 名，平均年龄 49.5±9.4 岁；学历情况为本科及以上 6 人(75%)，专科 1 人(12.5%)，中专 1 人(12.5%)；其中男性 6 人（75%），女性 2 人（25%）;

居民 25 名，平均年龄为(55.8±13.4)岁；其中男性 11 人（占 42.3%），女性 14 人（占 53.8%）。

运用课题组研制的访谈提纲进行访谈。访谈提纲内容包括家庭医生签约服务政策的实施对基层医疗机构的影响、家庭医生工作状态、家庭医生团队工作内容及绩效分配、居民对家庭医生评价等。

1.2 研究方法

对收集到的访谈资料按照扎根理论的研究方法，遵循开放编码、主轴编码和选择编码的流程，采取个人深度访谈搜集丰富的数据，整理成访谈纪要和备忘录。采用不断比较方法（ConstantComparativeMethods）对获取的定性资料进行编码、归属，基于理论饱和的原则进行抽样，不断寻找新数据，构建有效完整的理论模型。本研究坚持忠于被访谈者原话的原则，不加入研究者自身的主观理解[3]。

2 结果

2.1 开放式编码

开放式编码，是指数据分析者一开始没有任何事先设想的编码，保持完全开放的态度将收集到的原始资料记录进行初步的整理分析，用概念和范畴来正确反映资料的内容，并把资料记录以及抽象出来的概念打破、揉碎并重新综合的过程[4]。将原始资料进行编号标签化后，进一步完成概念化，得到 160 条与家庭医生工作相关的语句和相应的原始概念，见表 1-3。经过对 160 个原始概念继续提炼和归类，循环反复，最终抽象出 90 个概念和 24 个范畴，见表 4-6。

表 1　居民开放式编码所形成的初始概念

Table 1　Initial concepts formed by open coding of residents

编号	初始概念	原始语句
1	居民健康意识弱	叫我来我有时候忙也不会来，不查就没病，一查全是病
2	检查结果不准确	都是查一个项目，基层和三甲医院它出的结果有时候就是不一样
3	检查项目受限	来这看有些检查都开不了啊，不如直接去大医院、
4	上门服务提供少	有时候老年人行动不便，可以上门服务，这里医护人员很忙，没有办法去上门服务
5	服务主体不固定	每回来机构不一定找哪个医生，谁有空就找谁
6	不清楚签约具体内容	不知道有啥服务，她让签就签呗，反正也不要钱
7	回答专业问题不认真	有时候医生没那么耐烦，嫌我们不懂还问
8	诊断能力差	一般放心不下我都是去大医院看，不知道这的医生能不能看好，不放心
9	居民获得感差	签约不签约也不影响我啥，该看病看病，该拿药拿药
10	医疗为了盈利	家庭医生也是为了挣钱，他们的工资也都是自己挣
……	……	……

表 2　机构管理者开放式编码所形成的初始概念

Table 2　Initial concepts formed by open coding of institutional managers

编号	初始概念	原始语句
1	缺乏针对性个性包	像空巢老人、贫困人口这样的特殊居民的健康需求没有针对性的服务
2	缺少服务质量考核指标	上级对签约服务的质量没啥考核标准，只考察数量和签约率
3	个性包签约少	我们签的基本签的都是基础包，个性包很少
4	转诊标准不明确	看着需要转诊就给她转呗，没啥具体要求
5	绿色转诊未落实	也没有绿色通道能少排队啥的或者一包多报销一些，这些都没有，和患者自己去医院是一个待遇
6	财政补贴力度不足	没有政府补贴个性包，居民不会愿意花这个钱的
7	过程监管负担重	现在是只要随访就要拍照，每个都拍，还要标上时间
8	签约费发放不及时	政策规定的签约费用是政府财政，机构和医保共同出资，但是目前相关资金都很难落实
9	个性包设置不灵活	都是卫健委统一制定的，体现不出来不同机构的优势
10	没有服务分工细则	我们团队工作就是谁有空谁干吧，听领导安排，也没说谁就固定干什么
……	……	……

表 3　家庭医生开放式编码所形成的初始概念

Table 3　Initial concepts formed by open coding of family doctors

编号	初始概念	原始语句
1	回报感知弱	我们的工作量其实也很大，收入和工作量不匹配
2	相对剥夺感强	我们跟其他职业比干活不少，工资可能还不如在外面打个工呢
3	重复性材料工作多	各个部门信息重复采集多，重复性做一些材料工作
4	缺乏合作意识	意识不到有团队这回事，更别提合作了
5	缺乏转诊资源	我们手里没有上级医院的号，我们开转诊单和患者自行转诊没什么区别
6	工作量大	上面千条线，下面一根针，我们要承接的任务太多了，什么活都有我们的
7	职业认同感低	天天忙些跟看病，卫生服务不相关的事，影响我们的价值体现，影响职业认同
8	不愿做出确切医疗诊断	现在基层医生都把病号推走了，他也怕担责任，医患矛盾
9	家庭医生工资低	我们基层嘛，工资确实不高，这也是为什么吸引不来人才
10	仪器老旧落后	我们的设备都是大医院倒下来的，落后一点
……	……	……

表 4　居民开放式编码所形成的范畴

Table 4　Categories formed by open coding of residents

编号	范畴	概念	频次
a1	签约知晓情况	不了解家庭医生概念、不清楚签约服务具体内容、不知晓家庭医生相关政策、不知道签约团队	20
a2	居民就医习惯	患病不立即就医、首选大医院、自行购药治疗、自行转诊	14
a3	对签约机构信任感	检查项目有限、治疗效果差、检查结果不准确	9
a4	对家庭医生信任感	过度检查、看病不认真、一些设备不会使用、医疗为了盈利、诊断能力差	10
a5	签约主动性	服务认可低、居民获得感差、签约缺乏吸引力	19
a6	签约服务质量	健康管理能力弱、缺少家庭病床服务提供、医疗服务提供能力弱	12
a7	医患关系	医患交流少、回答专业问题不耐心	31

表 5　机构管理者开放式编码所形成的范畴

Table 5　Categories formed by open coding of institutional managers

编号	范畴	概念	频次
a8	卫生人员情况	缺少临床医生、缺少乡村医生、家庭医生低学历、家庭医生诊疗水平差、家庭医生职称低	50
a9	信息系统建设	公共卫生与医疗服务系统孤立、基层医疗机构之间系统不互通、与上级医院系统割裂	27
a10	团队协同性	团队内部分工不合理、缺乏合作意识、团队内交流少、人员配备不合理	11
a11	个性包设置	内容与基础包差异不大、设置缺乏灵活性、内容缺乏针对性	12
a12	服务提供积极性	不想了解家庭医生职责、不愿做出确切诊断、家庭医生服务热情低、转诊服务提供少、上门服务提供少	19
a13	监督考核制度	过程监管负担重、考核目标过高、考核主体责任不明确、缺少服务质量考核指标	24
a14	政策执行细则	没有服务分工细则、缺少转诊操作流程规定、转诊标准不明确、没有奖励细则	9
a15	相关保障政策	财政补贴力度不够、绿色转诊未落实、缺少培训和上级指导、人员编制紧张、医保报销优惠政策设置模糊	50
a16	签约服务履约率	个性包签约少、盲目追求签约率、实际履约率低	11

表 6　家庭医生开放式编码所形成的范畴

Table 6　Categories formed by open coding of family doctors

编号	范畴	概念	频次
a17	工作满意度	回报感知弱、相对剥夺感强、职业认同低、薪酬不满意	17
a18	工作压力	对家庭医生工作理解认知不清、工作量大、重复性材料工作多	31
a19	激励政策	家庭医生工资低、晋升空间不足、签约费发放不及时、缺乏奖惩措施、团队绩效考核不清晰	37
a20	居民健康素养	健康知识素养低、健康行为素养低、居民健康意识弱	34
a21	居民心理特征	从众心理、费用敏感、就医趋高心理	9
a22	物力资源	缺少检查仪器、药品供应短缺、药品种类不足、仪器老旧落后	34

a23	服务协调性	就医去向不了解、不清楚用药情况、服务主体不固定、缺乏转诊资源	16
a24	服务综合性	服务项目缺少整合、康复理疗服务少、缺乏心理干预服务、缺少健康生活指导	12

2.2　主轴编码

主轴编码又称关联性编码，是在开放性编码基础上梳理并建立概念与范畴间的逻辑关系[5]，展现各部分的有机关联，对开放式编码所获得的 24 个范畴进行比较归纳，发掘其中的内在关联，通过典范模型(条件—现象—行动/互动策略—结果)抽样出 8 个主范畴，分别命名为家庭医生签约服务相关政策（A1)、卫生服务能力(A2)、居民特征(A3)、家庭医生工作现状(A4)、居民态度(A5)、签约服务供给(A6)、居民就医现状(A7)、签约服务效果(A8)。详细结果见表 7。

表 7　主轴编码所形成的主要范畴

Table 7　Main categories formed by spindle coding

编号	主范畴	副范畴	频次（%）
A1	家庭医生签约服务相关政策	a11、a13、a14、a15、a19	132
A2	基层卫生服务能力	a8、a9、a22	111
A3	居民特征	a7、a20、a21	74
A4	家庭医生工作现状	a10、a17、a18	59
A5	居民态度	a3、a4、a5	38
A6	签约服务供给	a6、a12	31
A7	居民就医现状	a1、a2	34
A8	签约服务效果	a16、a23、a24	39

2.3　选择编码

选择性编码是将已经得到的概念范畴放置在更加宽泛的理论框架之中，思考核心类属与其他类属的联系，验证其间的关系，并把概念化尚未发展完备的范畴补充完整的过程[6]。

通过对以上 8 个主范畴以及 24 个副范畴的深入考察分析，同时结合原始访谈资料进行比较，认为家庭医生签约服务相关政策、基层卫生服务能力、居民特征对家庭医生签约服务效果有重要影响，能够系统深入地解释家庭医生签约服务效果的逻辑关系和内在联系，因此确定“家庭医生签约服务相关政策”、“基层卫生服务能力”和“居民特征”为本研究的核心概念。在运用扎根理论典范模型(条件—现象—行动/互动策略—结果)的基础上[7]，构建家庭医生签约服务效果影响机制模型，如图 1 所示。

家庭医生签约服务效果影响机制模型包括三条脉络:一是家庭医生签约服务相关政策执行偏差脉络。激励、考核监督、个性包设置等政策在实施中出现偏差，相关保障政策缺乏或落实不到位，导致家庭医生工作压力大、工作积极性不足，影响其履约的积极性。二是基层卫生服务能力脉络，由于基层医疗机构人员数量不足、质量不高、设施设备落后使家庭医生签约服务质量较差，不能满足居民多样化的健康需求。三是居民特征脉络，受现阶段居民健康意识和健康素养不高的影响，居民对基层机构有预设不信任且签约主动性差，使得居民在就医时仍有愈多不合理的就医行为，影响家庭医生签约服务的利用。因此需采取相关措施优化家庭医生签约服务相关政策，提升基层医疗机构卫生服务能力，加强健康教育和政策宣传，提升家庭医生签约服务实施效果。

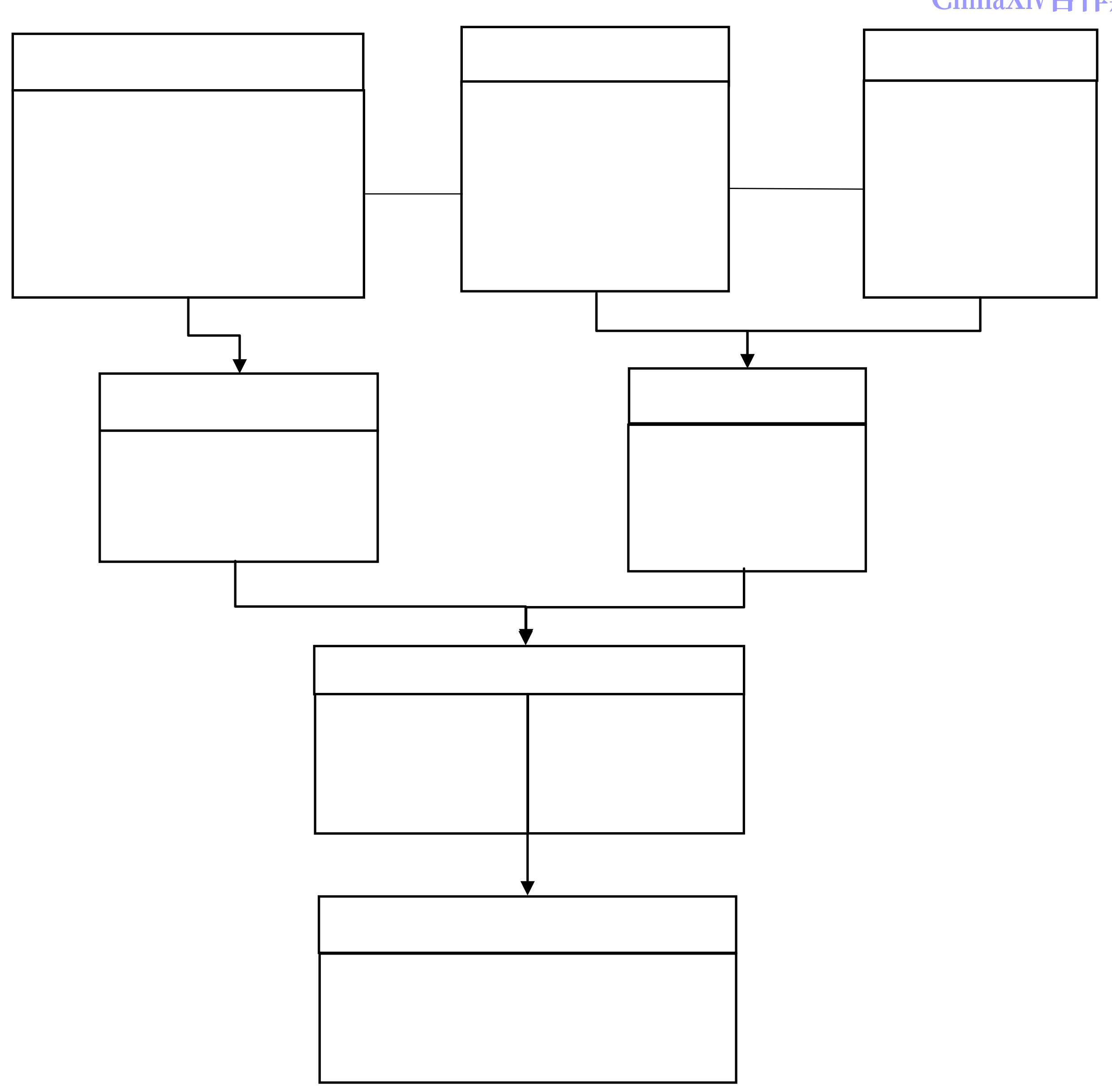


图 1　家庭医生签约服务效果影响机制模型

Figure1　Influencing mechanism model of the effect of family doctor contract service

3　讨论

通过扎根理论分析，在家庭医生签约服务相关政策执行偏差、基层卫生服务能力、居民特征三个脉络发现影响签约服务效果的以下问题。

3.1　家庭医生签约服务相关政策执行存在偏差

在调研过程中发现“签而不知”现象突出，居民既不知其已经签约，也对家庭医生服务内容不清楚，这样的签约背离该政策的初衷。原因在于家庭医生签约服务的政策推行过程中以卫生主管部门的行政强制性要求为主要手段，缺少其他政策手段支持，使医疗机构和居民都缺乏完成政策安排的主动性，导致政策在执行过程中变形。在激励政策方面，家庭医生晋升空间不足、签约费发放不及时等问题不仅影响其对“家庭医生”的职业认同感和工作积极性，也导致机构管理者对于有偿个性包的设置缺乏主动性；单一的签约服务包使居民没有充分地选择空间，进而影响居民的就医选择。在监督考核方面，缺少服务质量的考核指标[8]，某机构负责人在访谈中提到该地区家庭医生签约服务的考核仍停留在签约率上，且签约率指标要求过高，超出机构的工作负荷能力，导致一些机构盲目追求签约率，访谈地区 A 要求每次随访都要拍照记录，使过程监督负担过重，反而占据家庭医生提供卫生服务的时间。

3.2　基层卫生服务能力与居民期待有较大差距

家庭医生签约服务制度的有效实施亟需基层卫生服务能力的支撑[9]访谈中发现基层卫生服务能力较弱，体现在卫生人力资源匮乏、信息系统建设落后、设施设备水平低；所在机构团队人员结构不合理，与相关定量研究的结果一致[10-11]。此外访谈还发现，基层机构和上级医院间信息没有互通，缺乏统一卫生信息平台，检查结果和治疗方案信息割裂；医疗设备落后，药品种类不足，无法完全保障居民用药需求等问题。薄弱的基层卫生服务能力无力提供

综合性的健康管理服务，签约服务对居民的吸引力弱，缺乏签约的主动性。

3.3 居民特征影响对家庭医生签约服务的利用

一方面由于基层医疗机构设施设备条件、家庭医生的医疗水平和要求过高的签约率，导致家庭医生签约服务质量难以保证。而居民对就诊行为的风险感知尤为敏感，产生对家庭医生的不信任感。居民访谈中提到“基层的水平一般，还是先去大医院看看保险”。另一方面，基层医疗机构仍为差额补款单位，其具有盈利的压力使得居民对医疗机构存在“医疗为了盈利”的观念，产生预设不信任。加之居民健康知识素养较差，大多具有“没病就是健康”的不正确健康观念，忽视预防对健康的作用，产生签约冷漠的心态。由于居民健康意识薄弱，即使免费提供体检和慢性病随访，居民利用积极性仍不高，可见居民对家庭医生及其机构的不信任和自身薄弱的健康素养阻碍了对家庭医生签约服务的有效利用。

4 建议

4.1 优化家庭医生签约服务相关政策执行路径

一是完善家庭医生绩效考核评估制度。将绩效考核结果与收入分配制度有机结合，设置合理的签约率目标并结合家庭医生的服务质量、服务效率、履约情况等为考核指标，鼓励签约居民参与家庭医生绩效考核，提高家庭医生签约服务提供积极性[12]。二是应保证医保基金、政府补贴的及时拨付；针对部分家庭医生编制不足、晋升困难等职业难题，应建立动态化编制机制，给予基层医疗机构一定的用编自主权。三是以居民需求为导向设置个性签约包，加大对签约服务收费包等个性包的宣传，鼓励签约居民购买签约个性包。

4.2 提高签约机构卫生服务能力

建议从以下三个方面提高签约机构卫生服务能力。一是提高家庭医生的数量和质量。首先充分发挥县域医共体和城市医联体的人力资源整合优势，促进对家庭医生专业知识的培训；扩大全科医生转岗培训范围，根本上应该加快全科医学学科建设[13]，提升家庭医生的综合素质。二是加大对基层物力资源的投入和合理配置。需要考虑患者实际用药需求，综合评估不同药物的经济性、安全性、有效性，合理扩充基本药物目录，保障药品质量[14]。加强对设备的维护、更新和添置；对基层医务人员进行医疗设备操作的培训和考核，提高其利用能力和操作效率。三是加强信息系统建设，使互联网赋能家庭医生签约服务政策[15]。家庭医生应积极通过线上线下等多种方式，加强与居民的沟通，增加签约居民对家庭医生的信任。打通不同层级各医疗机构的信息壁垒，提高居民健康管理效率和水平。

4.3 提升居民健康素养水平

首先，在健康宣传中突出政府的作用。研究发现居民对政府的信任度较高，政府应通过各种宣传工具加强健康知识的宣传，如健康知识讲座，公益广告，健康知识短视频等。其次，精准开展居民健康教育[16]。对慢性病患者要加强其用药依从性教育，对老年人要培训其紧急医疗救助的基础知识，对普通人群要树立其正确的健康观念，扩展预防知识储备，提升利用家庭医生服务的积极性。

5 创新与不足

本研究利用扎根理论方法进行，能更好弥补定量研究的不足，访谈对象涵盖了管理者、基层卫生服务工作者、服务对象等相关人群，从多个角度综合分析服务效果影响机制，发现医疗质量和基层医疗机构公益性影响了患者信任，患者信任及居民健康素养水平都会影响签约服务的利用。不足之处在于作者只访谈了山东省的 3 个市，样本代表性不足；且在访谈结果有一定主观性，如结合患者信任感、首诊率、居民健康素养等相关数据可进一步增强研究结论的客观性。

作者贡献：孟文奇、于倩倩负责文章构思与整体框架设计；孟文奇、柳松艺、彭海波、姜晓利、李子鑫负责数据收集、整理和录入；孟文奇、柳松艺负责结果的分析与解释；于倩倩、尹文强、陈钟鸣、孙葵、郭洪伟负责论文的修订；于倩倩负责文章的质量控制及审校，并对文章整体负责，监督管理。

本文无利益冲突。

参考文献

[1]肖筱,袁立,周昌明,等.推行家庭医生签约对社区卫生服务利用的影响[J].中国卫生资源,2015,18(01):64-67.
[2]高和荣.签而不约:家庭医生签约服务政策为何阻滞[J].西北大学学报(哲学社会科学版),2018,48(03):48-55.
[3]陈钟鸣,尹文强,贾海艺,等.基本药物制度背景下基于扎根理论的乡村医生离职倾向形成机制研究[J].中国全科医学,2015,18(25):3036-3040.
[4]秦晓强,尹文强,黄冬梅,等.基于扎根理论的新医改背景下乡村医生发展研究[J].中国卫生政策研究,2016,9(06):20-25.
[5]曹茹, 王锦帆. 基于扎根理论与核心文献的医患关系影响因素模型分析[J]. 中国卫生事业管理, 2021, 38(9):5.
[6]王念祖.扎根理论三阶段编码对主题词提取的应用研究[J].图书馆杂志,2018,37(05):74-81.
[7]张年,余昌胤,黄辉华,等.贵州省医疗联合体建设和发展的问题及对策——基于扎根理论的质性研究[J].中国卫生政策研究,2019,12(04):44-49.

[8]殷东,张家睿,王真,等.中国家庭医生签约服务开展现状及研究进展[J].中国全科医学,2018,21(07):753-760.
[9]王良晨,葛敏,江萍,等.社区居民对家庭医生签约服务的认知与意愿研究[J].中国全科医学,2018,21(04):401-406.
[10]刘利群.推进家庭医生签约服务加强分级诊疗制度建设[J].中国全科医学,2018,21(01):1-4.
[11]严莉,彭琰.云南省家庭医生签约服务开展现状研究[J].中国全科医学,2020,23(01):35-39.
[12]柳松艺,孟文奇,彭海波,等.某市家庭医生服务签约居民的就诊体验研究[J].中华医院管理杂志,2021,37(09):766-771.
[13]王梓懿,刘丽杭.家庭医生签约服务:治理困境与机制构建[J].中国卫生政策研究,2019,12(06):63-68.
[14]宋健,吴群红,高力军,等.国家基本药物制度对基层医疗机构合理用药影响分析[J].中国医院管理,2015,35(03):75-77.
[15]徐慧,周典,罗益佳,等."互联网+"家庭医生签约服务建设路径研究——基于 SWOT-CLPV 分析[J].卫生经济研究,2020,37(01):56-59+62.
[16]赵小克,杨帅.流动人口健康素养及其提升机制研究——基于江苏省动态监测数据[J].西北人口,2019,40(06):38-47.